

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 348

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude BETTAN

Né le 11 Juin 1934, à Neuilly-sur-Seine (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

196

LE PANARIS MELANIQUE

Président : M. J. PATEL, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BETTAN

Prénom : JEAN-CLAUDE

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BETTAN (JEAN-CLAUDE) —
Le panaris mélanique. — Pa-
ris, Imp. R. Foulon et C^{ie},
1961, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

BETTAN (JEAN-CLAUDE) —
Le panaris mélanique. — Pa-
ris, Imp. R. Foulon et C^{ie},
1961, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

BETTAN (JEAN-CLAUDE) —
Le panaris mélanique. — Pa-
ris, Imp. R. Foulon et C^{ie},
1961, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

BETTAN (JEAN-CLAUDE) —
Le panaris mélanique. — Pa-
ris, Imp. R. Foulon et C^{ie},
1961, in-8°, 40 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553817_0081

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude BETTAN

Né le 11 Juin 1934, à Neuilly-sur-Seine (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

196

LE PANARIS MELANIQUE

Président : M. J. PATEL, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin N...
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Tenon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N...
Cliniques médicales	Boucicaut LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)



MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DE GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Baudelocque	MERGER (R.)
Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	N...
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N...
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	DE SÈZE (S.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» (Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» (Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof. à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

MM.

Anatomie .. .	{ CABROL (C.)	Anatomie	{ BUSSER (F.)
	{ COUINAUD (C.)	pathologique .	{ GOUYGOU (Ch.)
	{ OLIVIER (G.)		{ ORCEL (L.)
Anatomie	{ GAUTHIER-VILLARS		{ PAILLAS (J.)
pathologique .	{ (Mlle P.) pr. s. ch.	Anesthésiologie .	{ VOURC'H (G.)

MM.

Bactériologie . . .	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
Biologie appl. à l'Educat. phys. et aux Sports . . .	PLAS (F.)
Carcinologie . . .	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie . . .	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.)

MM.

Pathologie chirurgicale . . .	{ LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHT (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>pr. s. ch.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . .	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i> <i>pr. s. ch.</i> KELLERSHOHN
Pneumo- Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique chirurgicale . .	{ ABOULKER (P.) AMELINE (A.) <i>pr. s. ch.</i> HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
		Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
		Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
		Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)
		Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
		Médecine légale	GAULTIER
Clinique médicale	{ DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	{ Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
---------------------------	--

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommage de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPERRAT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris .
Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et a bien voulu nous guider pour sa réalisation.*

En témoignage de notre vive gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT

Chirurgien de l'Hôpital d'Orsay
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre reconnaissance
pour l'intérêt qu'il a manifesté à notre égard
depuis notre entrée dans son service.*

Qu'il soit assuré de notre profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-M. DUBOIS

*Qui a bien voulu être pour nous un guide
sûr pendant les deux années passées près
de lui à l'Hôpital d'Orsay.*

HISTORIQUE

Les mélanomes sous-unguéaux constituent une variété très particulière des tumeurs mélaniques qui, du fait de leur localisation anatomique, présentent une sémiologie et une évolution spéciales.

On sait que Jonathan HUTCHINSON en a parlé le premier, sous le nom de « Melanotic Withlow » (panaris mélanique), en 1886, dans un article classique du *British Medical Journal*.

Jonathan HUTCHINSON, le vieux Quaker, comme l'appelaient ses élèves, fut un des plus grands dermatologistes de Londres.

Comme beaucoup de ses collègues, en cette époque lointaine, c'était un médecin universel : peaucier, syphiligraphe, chirurgien, ophtalmologiste.

Son nom est resté immortel, grâce à la « triade », mais il ne faut pas oublier qu'il a décrit aussi, outre le panaris mélanique, qui nous intéresse :

- l'hydroa estival ;
- la kératose arsenicale ;
- l'angiome serpiginieux.

Jonathan HUTCHINSON était un grand médecin.

L'idée, lancée, un grand nombre d'observations ont été publiées depuis 1886.

Comme il arrive trop souvent, en matière de tumeur, et surtout en matière de tumeur partagée entre plusieurs disciplines (ici entre chirurgiens et dermatologistes), les mêmes choses sont décrites sous des noms multiples :

- mélanome sous-unguéal ;
- cancer mélanique des doigts ;
- sarcome mélanique ;
- mélanome malin ;
- mélanome périonyxique ;
- carcinome mélanique, unguéal, etc., etc.

Il faut attendre plusieurs mises au point qui font la synthèse nécessaire :

ADAIR et PACK, dans leurs deux grands travaux classiques de 1930 et de 1939.

BOOHER et PACK, dans leur travail récent de 1957.

La participation française comporte les observations de DERMAGNAY et MONOD (1855), FAGUET (1894), BONNET (1911), M.W. DUBREUIL (1914), CHAUVENET et DUBREUIL (1927), GIGNAUX (1936), DUPERRAT et CINTRACT (2 cas) (1947), NARDI et DUPERRAT (1951).

Nous nous proposons, dans ce travail :

- d'une part, de rassembler, en les résumant, les observations déjà parues ;
- d'autre part, d'y ajouter un certain nombre d'observations inédites.

En nous appuyant sur le matériel que nous aurons ainsi réuni, nous nous efforcerons de tirer des conclusions générales sur l'étude d'une lésion qui tire son intérêt, moins de sa rareté, que des erreurs de diagnostic sans cesse renouvelées, dont, il faut bien le dire, le corps médical n'a donné que trop d'exemples. Il est rare, en effet, qu'une affection soit aussi systématiquement méconnue.

Dans la dernière édition de leur traité « Diseases of the Nail 1960 », PARDO-COSTELLO et Osvaldo PARDO consacrent deux pages (pages 83 et 84) à ce sujet.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS PUBLIEES

- DUPERRAT et CINTRACT (Paris) — (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome 7, n° 5, 1947).

OBSERVATION N° 1

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, dont l'observation nous a été communiquée par le Docteur CAMUS, de Bourth, et dont les pièces opératoires nous ont été envoyées par le Docteur René BEAUCHEF, de Laigle (*).

Le début apparent se fait en octobre 1945. Le malade vient consulter pour une lésion sous-unguéale douloureuse du pouce gauche qui se présente comme une petite masse kératosique siégeant près du sillon externe, relevant et déformant l'ongle et s'accompagnant d'un léger suintement séreux. Insistons sur le fait que cette lésion était achromique et que l'écoulement était transparent.

Le sujet exerçant une profession industrielle et ayant les mains continuellement exposées à des traumatismes de tout ordre, en contact permanent avec des huiles de graissage, on pense qu'il s'agit d'un panaris sous-unguéal négligé, soit de l'inclusion d'un corps étranger.

Malgré les pansements désinfectants, la lésion s'accroît et, en novembre 1945, on la dégage aux ciseaux ; elle a l'aspect d'un botryomycome dont on a fait une exérèse large. Mais elle récidive et, en avril 1946, elle réalise un véritable chou-fleur qui a entraîné la chute de l'ongle. On pratique une seconde exérèse. La

(*) Nous leur adressons tous nos remerciements.

lésion récidive encore et, au mois de juin, devant cette évolution inquiétante, on fait une biopsie. Les coupes montrent, à n'en pas douter, des boyaux néoplasiques, et des boyaux néoplasiques pigmentés. Mais ceux-ci sont difficiles à interpréter du fait des phénomènes suppuratifs et nécrotiques surajoutés. On hésite entre un épithélioma tatoué et un nævocarcinome.

Quoi qu'il en soit, les Docteurs CAMUS et BEAUCHEF proposent au malade la désarticulation du pouce. Mais, malgré leurs instances, le malade ne revient qu'en septembre. On pratique une seconde biopsie. Nous l'interprétons ainsi : « La tumeur est constituée par des boyaux compacts séparés les uns des autres par des tractus fibreux. Ces boyaux sont faits de cellules volumineuses, plutôt basophiles, tantôt tassées les unes contre les autres, tantôt disposées le long des axes conjonctifs comme des feuilles le long d'une branche, tantôt, enfin, dessinant de petites rosettes. En certains points, on note une disposition péricapillaire de type endocrinoïde. Il est manifeste que la tumeur s'est développée au-dessous de la peau qu'elle soulève et dont elle demeure parfaitement distincte. Cette tumeur contient des pigments mélaniques. Ceux-ci, comme il arrive fréquemment, sont disposés à la périphérie des boyaux cancéreux, tantôt intra-cellulaires, tantôt extra-protoplasmiques. »

A la suite de cette analyse, le malade fut envoyé en consultation auprès du Docteur ROUX-BERGER qui conseilla la désarticulation carpo-métacarpienne du pouce. L'intervention fut pratiquée, le 14 octobre, par le Docteur René BEAUCHEF. L'examen de la pièce opératoire a montré sur la tranche de section macroscopique la présence de deux points noirs qui n'étaient pas perceptibles cliniquement. A cette époque, il n'y avait pas d'adénopathies palpables dans l'aisselle.

OBSERVATION N° 2

Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans que nous avons vue dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur GOUGEROT, le vendredi 29 novembre 1946. Elle avait été envoyée en consultation, par un médecin de la région de Fontainebleau, à notre ami le Docteur CARTEAUD.

Toute la face dorsale de la dernière phalange du quatrième doigt de la main droite est occupée par une tumeur bourgeonnante, saillante, plutôt sèche, dont la coloration gris-fer affirme, dès le premier coup d'œil, la nature mélanique. L'histoire de cette malade est la suivante : jusqu'en 1945, elle n'avait absolument rien remarqué d'anormal à l'ongle de ce doigt, puis est apparue, dans la rainure interne, une petite plaie brunâtre, croûteuse, non douloureuse, qui fut soignée par divers topiques jusqu'au moment où elle fit tomber l'ongle. A ce moment, le médecin traitant conseilla la désarticulation de la phalange. La malade, effrayée, refusa toute intervention. Quand nous la voyons, elle présente deux ganglions axillaires de la taille d'une noisette. Sur l'avis du Professeur GOUGEROT, le Docteur MATRY désarticula le doigt au début de décembre 1946 et nous envoya les pièces opératoires du curage ganglionnaire. Nous n'avons pas été surpris d'y trouver de larges métastases nævo-carcinomateuses ayant une rare richesse de mélanine.

A ce propos, relevons sur les coupes un caractère un peu particulier concernant le stroma ganglionnaire : nulle présence de tissu réticulo-endothélial, tandis que le tissu lymphoïde, seul visible, réagit par une turgescence notable des centres germinatifs. Faut-il admettre que le tissu réticulo-endothélial, ayant consciencieusement phagocyté tous les éléments néoplasiques qui venaient à son contact, s'est gorgé de mélanine au point de ne plus pouvoir en être distingué ?

- MM. NARDI et DUPERRAT — Panaris mélanique (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 14 février 1951, 77, p. 210).

Il s'agit d'une malade, âgée de quarante-quatre ans. Elle s'est aperçue, sans aucun traumatisme, de la fissuration longitudinale de l'ongle du pouce droit. Les deux moitiés de l'ongle se sont écartées et, peu à peu, un tissu de granulation rougeâtre est apparu, sans aucun phénomène douloureux.

Ce tissu de granulation, qui ressemblait à un pseudo-botryomycome, a été cureté, sous anesthésie locale, le 15 octobre 1950, soit quatre ou cinq mois après le début de l'affection.

L'examen histologique, pratiqué à cette époque, n'a montré qu'un tissu de granulation riche en néocapillaires. La malade n'est venue consulter que le 8 février 1951. On constate l'existence d'une large nappe bourgeonnante occupant toute l'extrémité distale du dos de la deuxième phalange. La coloration est gris brunâtre ; en outre, on peut observer une coloration noirâtre de la peau qui est située au contact de la masse bourgeonnante.

Le diagnostic du panaris mélanique d'Hutchinson, cliniquement évident, est aisément confirmé par le frottis de la lésion qui suinte, la présence d'innombrables cellules monstrueuses à noyaux bourgeonnants. La plupart de ces cellules présentent des inclusions protoplasmiques de pigment mélanique d'un noir foncé.

Il ne semble pas y avoir de métastase ganglionnaire, ni de nodule métastatique. Cette malade se porte bien : le foie n'est pas augmenté de volume et les urines sont claires.

Dans les urines, nous avons effectué la réaction de Thormahlen et la réaction d'Ehrlich : elles sont négatives. Malgré le caractère rassurant de ces dernières constatations, il n'est pas facile de préciser la modalité thérapeutique.

En effet, l'un de nous a étudié, avec CINTRACT, en 1947, deux cas analogues, lesquels, malgré la désarticulation du doigt, n'ont pas évolué favorablement. Telle était d'ailleurs la conclusion de l'important et classique travail de ROUCH-ADAIR, paru en 1939.

Ces faits ont été rappelés par Monsieur GUEULLETTE, aux *Entretiens de Bichat*, en 1949.

- **FERRARIS** (Dott Federico **FERRARIS**) Assistente — Sul melano-
ma maligno del letto ungueale dell'alluce e del pollice (Méla-
nome malin du lit de l'ongle du pouce et du gros orteil) (*Arch.
Sc. Med.*, Torino, Aug. 1953, 96, 2, pp. 203 à 211).

OBSERVATION N° 1

R... L..., trente et un ans (femme).

Signes cliniques : présence d'une tache marron qui occupait le lit de l'ongle du pouce gauche. L'ongle était d'aspect rugueux.

La tache avait crû, occupant tout le lit de l'ongle et, au bout de quelques mois, après la chute de l'ongle, la tache avait l'aspect d'une tumeur fongueuse sécrétant un liquide séreux.

Elle fut soignée :

1° pour infection mycosique, par teinture d'iode ;

2° par application de radium ;

3° par U.V. ;

4° il fut enfin pratiqué une biopsie qui révéla la nature du mal.

Finalement : amputation de la dernière phalange et curage ganglionnaire correspondant.

OBSERVATION N° 2

G... M..., trente ans.

Strie de couleur brune sur le bord de l'ongle du gros orteil droit. Pendant cinq ans, cette tache s'étendit et prit une couleur plus brune. Un an de plus et la malade s'aperçut de la chute de l'ongle. Il se forma, à sa place, une ulcération qui sécrétait un liquide séreux. Cela dura encore cinq ans, sans que la malade ne présente la moindre douleur.

Elle commença à ressentir des douleurs en 1952 pour la première fois. Elle vit un chirurgien qui lui excisa le lit de l'ongle (à cette époque, pas d'invasion inguinale). Amputation de phalange. Le 29 novembre 1952, la malade entre dans le service pour invasion des ganglions inguinaux.

En résumé, le mélanome prend origine sur une tache sous-unguéale qui reste latente trente ans. Puis, il apparaît une strie noire, sur le bord latéral de l'ongle ou, plus souvent encore, une ulcération peu douloureuse sous l'ongle, irrégulière, granuleuse, soulevant l'ongle qui se fendille, se rompt ou se perfore.

Si la lésion est noire, le diagnostic est facile ; si la lésion est brunnâtre, le diagnostic peut être ignoré.

Ensuite, l'ongle tombe spontanément, il se forme une plaie sécrétante et, presque toujours, survient l'invasion des ganglions ingui-

naux, axillaires, poplités, épitrochléens. Puis généralisation du mélanome, plus métastases électives aux poumons.

L'anamnèse montre clairement combien le diagnostic initial est difficile, à cause du peu d'importance que certains patients donnent à cette affection et les traitements non opportuns qui sont pratiqués.

- John NOBLE, FERRIN ALLEN, K.A. MERANDINO — Pigmented nevus of the finger nail matrix (Nævus pigmenté de la matrice de l'ongle du doigt) (*Archives of Dermatology and Syphilology*, 1952, 65, 49, 52).

Dans leur article, ces auteurs rapportent une observation de nævus pigmenté de la matrice de l'ongle du doigt se révélant par l'apparition d'une bande pigmentée longitudinale, stade initial du mélanome malin, et font, à ce sujet, un résumé de la question des bandes pigmentées apparaissant sur l'ongle.

Devant l'intérêt de cet article, nous nous permettons de l'inclure *in extenso* dans notre travail.

« Des bandes pigmentées apparaissant sur l'ongle des doigts sont occasionnellement vues par le dermatologiste.

« Mais cette lésion est rare puisqu'elle n'a été vue que dans trois cas survenant chez des blancs et deux cas chez des noirs.

« OCHS, en 1914, décrivait un cas chez une femme noire qui avait de multiples bandes pigmentées sur tous les ongles de chaque main.

« H.J. TEMPLETON, en 1926, en rapporta un cas similaire chez une femme noire également.

« MONTGOMERY, en 1917, rapporta le premier cas trouvé chez un blanc.

« Deux autres cas présumés chez des blancs furent rapportés par OPPENHEIM et COHEN, en 1942, et par OLIVER et BLUE FARB.

« Ces auteurs désignaient ces lésions comme un nævus striatus symétrique de l'ongle.

« Ces bandes longitudinales de pigment mélanique pourraient être le début d'un mélanome malin, comme ce fut montré par le cas rapporté par M.F. ENGMANN (1931).

« Dans le cas cité par ceux-ci, une tumeur fongueuse d'un gros orteil gauche était à l'origine d'une large bande longitudinale pigmentée qui striait l'ongle.

« Des cas similaires de mélanome malin ont été rapportés par PACK (1939) et WOMACK (1927).

« Dans le livre de Pardo COSTELLO (« Diseases of the nails »), il y a une place faite à la pigmentation des ongles. Selon leur opinion, ces lésions sont le résultats d'un nævus pigmenté dans la matrice de l'ongle. »

OBSERVATION

Un jeune homme blanc de vingt-quatre ans, physicien, vint consulter, pour la première fois, en 1947.

Il avait noté, au tout début, une très fine strie brune tirant sur le noir, de la largeur d'un cheveu, à la base de l'ongle du cinquième doigt de la main gauche, en octobre 1943.

Celle-ci progressa, graduellement, jusqu'au bord distal de l'ongle, la strie s'élargit tout doucement et, après un an environ, elle mesurait 3 millimètres de large, la couleur était cependant restée inchangée pendant cette période.

En septembre 1947, ce jeune homme remarqua que la bande montrait une fine strie plus foncée au milieu de la strie originale. Graduellement, des petites taches de pigmentation plus sombre se développaient à l'intérieur de la bande originelle, mais il n'y avait pas de changement notable dans la largeur.

L'histoire de la maladie ne révélait pas d'hématome de l'ongle ; l'intéressé n'avait pas non plus reçu de traitement par l'arsenic.

Au cours de l'été 1943, un peu avant le développement de cette lésion, il avait travaillé dans un laboratoire de chimie où des produits houillers étaient analysés.

Il n'avait jamais eu de taches pigmentées en aucune autre partie du corps. Les ongles s'étaient toujours normalement développés, il n'y avait pas, non plus, dans la famille, d'histoire semblable d'ongle pigmenté, ni de cancer.

A l'examen de ce jeune homme, tout était normal, exception faite de cette bande noire de 3 mm de large, au centre de l'ongle du cinquième doigt de la main gauche, s'étendant tout le long de l'ongle.

Il y avait aussi deux discrets ganglions axillaires ; chacun mesurait moins de 1 centimètre de diamètre.

Le patient fut vu par différents consultants en dermatologie, chirurgie, médecine. On décida d'enlever la lésion par amputation de la phalange distale, ceci fut fait par K.A. MERANDINO, le 24 mars 1947.

Des coupes furent faites à la base de l'ongle, dans la région de la matrice, qui montrèrent un nævus (jonction nævus) dont la position correspondait à la zone pigmentée.

Examen anatomo-pathologique :

Le nævus était limité par une assise de cellules basales et les cellules avaient quelquefois la taille de cellules normales, leur cytoplasme était vacuolaire et peu de mitoses discernables, la membrane basale était intacte. Quelques-unes des cellules épithéliales étaient pigmentées et certaines cellules éparpillées sous l'épithélium contenaient des grains de pigment brunâtre. Celles-ci ne ressemblaient pas aux cellules que l'on voit habituellement dans les nævus, mais semblaient être des macrophages qui avaient phagocyté le pigment.

Ce cas présentait un intérêt diagnostique et thérapeutique :

Cliniquement, on pouvait penser que cette lésion représentait un nævus de la matrice de l'ongle qui fabriquait ce pigment que l'on voyait sur la bande colorée située sur l'ongle.

La chronicité était en faveur de sa bénignité, mais le graduel élargissement de cette bande et l'apparition d'une pigmentation plus foncée semblaient indiquer un accroissement de l'activité de la tumeur.

On décida d'amputer la phalange distale dans le but d'éliminer complètement la lésion locale et de déterminer, grâce à l'anatomie pathologique, si la lésion était cancéreuse ou non.

Finalement, le diagnostic était « nævus bénin de la matrice de l'ongle ».

Trois ans après l'amputation, le patient est bien, sans récurrence locale ou métastases évidentes.

Les ganglions axillaires découverts au cours du premier examen physique n'avaient pas changé.

- Observation d'E. ALLEN WALKEN and Dr John STEWART — Subungual pigmented nevus (*Archives of Dermatology and Syphilology*, 1955, 71, p. 421).

Un homme de cinquante-deux ans (blanc), dentiste, avait noté l'apparition d'une coloration brune, sous l'ongle du pouce gauche, approximativement depuis deux ans.

C'était devenu, graduellement, plus extensif et l'aire centrale montrait une séparation de l'ongle d'avec le lit de l'ongle avec un aspect fendillé de l'ongle, formant un V.

A aucun moment, il n'y eut d'inconfort lié à cette lésion. Le patient ne se rappelait ni traumatisme, ni infection de l'ongle. La surface de l'ongle montrait une coloration brunâtre, elle était finement démarquée, la portion centrale de l'ongle faisait une encoche.

Ceci apparaissait comme une séparation de la surface proximale de l'ongle d'avec la surface encochée. Il n'y avait pas d'hypersensibilité. La pigmentation semblait être identique pour la surface de l'ongle dans ce qui était situé en dessus de la partie distale et proximale du lit de l'ongle.

Des prélèvements de l'ongle et du lit de l'ongle furent examinés. Deux milieux de Sabouraud furent inoculés à différentes époques sans que rien ne pousse après un mois d'observation.

Sous anesthésie locale, la partie envahie de la surface de l'ongle fut enlevée et la lésion pigmentée la circonscrivant envahissant le lit de l'ongle excisée chirurgicalement.

Anatomie pathologique :

Cette pièce montra une aire d'hyperkératose assez extensive au-dessous de laquelle il y a un épiderme qui apparaît aplati dans de nombreux endroits.

Dans la portion centrale de la section, la continuité de l'épiderme était interrompue. Ici l'hyperkératose sus-jacente est fragmentée et présente de nombreux noyaux dégénérés dans les cellules et un groupe de granulations pigmentées est noté.

Il y avait une tumeur circonscrite située immédiatement sous l'épiderme, sous la plus grande partie de la section. Ces cellules envahissent l'assise basale de l'épiderme, mais ne semblent pas envahir l'assise de cellules à épines. Les cellules de la tumeur sont plus longues que les cellules à épines avec un assez large noyau vésiculeux. Aucune mitose est observée.

Guérison, mais pas d'ongle reformé en raison de la destruction de la matrice en cet endroit.

Le lit de l'ongle guérit bien, ainsi que la matrice.

Mais il ne se reforma pas d'ongle apparemment à cause de la destruction de la matrice et de la lunule dans cette portion du lit de l'ongle.

Cependant, quelques semaines après, la surface avait repoussé entièrement, mais on notait un retour de la pigmentation qui était devenue plus étendue et, maintenant, semblait envahir la partie sous-jacente de l'ongle en train de repousser.

DISCUSSION

Dr John R. HASERICK

« Un cas avait été présenté à la Minnesota Society en 1947 et avait été rapporté, par John NOBLE, en janvier 1952, dans les *Archives de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

« C'était un étudiant qui présentait une seule raie sur un ongle, large de 3 mm environ, qui lui était venue depuis quelques temps.

« Certains pensaient que seul l'ongle devait être enlevé, d'autres pensaient qu'il devait être traité comme un nævus ordinaire et cautérisé.

« D'autres pensaient que la lésion devait être complètement enlevée. Ce fut cette décision qui fut prise. La dernière phalange fut enlevée et prouva être un nævus.

« Cet homme qui nous intéresse a une histoire similaire survenue sur l'ongle pendant une période prolongée.

« Je voudrais que cette lésion soit détruite complètement. »

Dr H.G. PARKHUST

« Cet homme est un dentiste, il pourrait avoir sous l'ongle une agglomération de corps étrangers métalliques.

« Je suis, cependant, incapable d'élucider s'il y a une histoire traumatique sous-unguéale. Je considère cela comme un nævus sub-unguéal. »

Dr J.P. DRIVER

« Cet homme est un dentiste et la conservation de sa deuxième phalange, dans son travail, est une considération majeure.

« Cependant, j'aimerais qu'on l'ampute de sa phalange distale, à cause de la possibilité d'un mélanome d'Hutchinson. »

Dr Allen E. WALKEN

« Quand je vis cet homme pour la première fois, des frottis et des cultures furent faits pour éliminer la possibilité d'une mycose. J'ai pensé aussi à un nævus de jonction.

« Il fut confié à un chirurgien plastique qui, sous anesthésie locale, essaya d'enlever complètement la lésion.

« Il guérit très bien, mais quelques mois après une petite récurrence de la pigmentation réapparut et envahit l'ongle davantage.

« Une petite ulcération s'est développée sur un côté de la lésion qui pouvait être traumatique ou venir d'un mélanome en train de se développer. Cette lésion devra être enlevée chirurgicalement par amputation de la phalange distale ; c'est une difficulté parce qu'il est dentiste.

« Il n'a pas de métastase axillaire palpable. »

- R.J. BOOHER, G.T. PACK (Surgery Saint-Louis) — Malignant melanoma of the feet and hands (décembre 1957).

OBSERVATION N° 1

Mélanome du troisième orteil.

Le malade, noir de soixante et un ans, avait toujours eu un nævus subunguéal. Il avait commencé à devenir sensible trois mois avant l'examen initial ; il avait été biopsié auparavant et avait montré que c'était un mélanome.

Cette ultime transformation du nævus est évidemment attendue, mais un nævus jonctionnel situé sous l'ongle est très rare chez les noirs.

Ce malade développa des métastases inguinales (soixante-treize mois) après la désarticulation du troisième orteil.

OBSERVATION N° 2

Petit mélanome du pouce d'un homme de soixante et un ans qui présentait, depuis trois ans, un ongle « cracking », fendillé sur le côté radial.

La lésion était restée superficielle sur le lit de l'ongle. Désarticulation de la dernière phalange du pouce et l'examen montra un assez petit mélanome superficiel.

Le malade se présentait sans métastase évidente six ans après au cours du dernier examen subi.

OBSERVATION N° 3

Pouce d'un homme de trente-huit ans.

Homme qui avait tout d'abord noté un décollement progressif de l'ongle deux ans avant de se présenter avec une tumeur végétante noire. Il commençait à devenir sensible. L'ongle avait été enlevé et n'était jamais repoussé ; dix mois avant de se présenter avec cette tumeur noire, un tissu granulomateux exubérant était apparu et quatre mois avant de venir consulter, pour la première fois, il avait subi une électrocoagulation sans que l'on suspecte, un instant, la possibilité d'un mélanome.

La biopsie confirma le diagnostic de mélanome.

Il n'y avait pas de métastase apparente pendant sept ans après la désarticulation métacarpo-phalangienne.

OBSERVATION N° 4

Panaris mélanique chez un homme de soixante et un ans.

De petites stries étaient apparues autour du pouce, cinq ans auparavant et, tout doucement, l'ongle devient marron avant de tomber.

Les ganglions axillaires étaient envahis par les métastases. Le patient refusa une désarticulation inter-scapulo-thoracique. Une désarticulation du pouce et un évidemment ganglionnaire de l'aisselle furent pratiqués, mais le patient mourut de mélanome généralisé seize mois après.

OBSERVATION N° 5

Pied d'un homme de soixante ans qui, dix mois avant, avait noté que son gros orteil était devenu noir.

L'ongle du gros orteil fut enlevé, sans examen anatomo-pathologique, et l'aire sous-unguéale resta moins colorée.

Une fistule apparut et fut électrocoagulée, mais aucune biopsie ne fut faite pendant dix-huit mois de traitement divers.

L'examen fait par le rapporteur de ce cas montrait une lésion ulcérée, infiltrée et pigmentée. Pas de métastase palpable dans les aires ganglionnaires tributaires du pied.

Il n'y avait pas de métastase évidente, douze ans après désarticulation métatarso-phalangienne.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS INEDITES

• *Observation n° 5 de DUPERRAT*

Il s'agit d'un homme de soixante et onze ans que nous voyons, pour la première fois, le 15 janvier 1954. Il présente une lésion du quatrième doigt de la main droite qui a été considérée, par de nombreux médecins (comme toujours), comme une onyco-mycose. Depuis deux ans, il fait des badigeonnages et des applications de pommade.

L'ongle est épais, bosselé, décollé, de coloration noire, on dirait qu'il a été badigeonné au goudron.

Fait très important, il n'y a pas de périonyxis, mais, dans les rainures latérales, *on voit sourdre une sérosité brunâtre*. Celle-ci tache en brun la compresse.

À la palpation, il existe des ganglions perceptibles dans l'aisselle.

Pour rattraper, s'il se peut, le retard de deux ans, nous l'adressons, d'urgence, à notre ami Claude DUFOURMENTEL.

L'opération a lieu le 29 janvier 1954 : amputation du quatrième doigt avec la tête du métacarpien, curage de la région épitrochléenne, large curage axillaire.

L'examen des pièces opératoires (n° 46.146 à 46.148) montre des métastases mélaniques dans le ganglion épitrochléen, par contre, les ganglions axillaires sont indemnes.

Mais, il ne fallait pas se flatter d'un bon pronostic ; le 6 juin 1955, le Docteur DUFOURMENTEL fut appelé au domicile du malade : très mauvais état général, température à 38°5. Aucun nodule ni dans la main, ni dans le membre supérieur, mais énorme foie distendant l'hypocondre droit. L'exitus fut rapide.

• *Observation n° 11 de DUPERRAT*

Mademoiselle J..., cinquante ans.

Le mélanome siégeait à l'ongle du pouce gauche. Il s'est manifesté par un noircissement du pouce et un suintement brunâtre sous-unguéal lorsque nous avons vu la malade en juin 1955. Il existait une tumeur muriforme noirâtre à la place de l'ongle.

Le Docteur GIBERT a pratiqué la désarticulation du pouce, le 4 juillet 1955. L'examen histologique de la pièce opératoire (n° 58.599) confirme le mélanome malin.

L'année suivante, le 3 février, on doit extirper une masse axillaire, celle-ci est farcie de métastases (n° 64.254).

Cette malheureuse femme est morte dans la nuit du 11 au 12 mars 1956, dans le service de notre ami SIGWALD, où elle avait été hospitalisée avec un syndrome de tumeur cérébrale.

• Observation n° 9 de DUPERRAT

Monsieur F..., cinquante-deux ans, est examiné le 1^{er} février 1955. Il présente, depuis trois ans, une fissuration longitudinale de l'ongle du gros orteil droit. Peu à peu, la fissure s'est élargie, l'ongle est tombé et il est remplacé par une aire sanieuse noirâtre.

On remarque un détail de la plus grande importance : sur le bord de l'orteil, existe une tache ardoisée à limites imprécises ; le malade est absolument formel, cette tache est apparue seulement depuis quelques semaines, elle est *postérieure* aux lésions de l'ongle.

Notons, au passage, que cette tache possède la plus grande valeur séméiologique car elle signe, d'une façon évidente, la nature mélanique de l'onxyxis.

Après la désarticulation de l'orteil (suivie de contrôle histologique) (n° 57.642), la cicatrisation s'est normalement effectuée.

Nous avons appris, en 1958, que ce malade était en bonne santé. Depuis, nous l'avons perdu de vue.

ETIOLOGIE

A partir de toutes les observations précédentes, nous allons essayer, maintenant, de voir quelles notions étiologiques nous pourrions en tirer.

Dans les six observations que le Docteur DUPERRAT a faites, sur les mélanomes subunguéaux, il y a trois hommes et trois femmes âgés respectivement de quarante-quatre, cinquante, cinquante, cinquante-deux, soixante-trois et soixante et onze ans, la moyenne d'âge étant de cinquante-cinq ans.

Chez les autres auteurs cités, nous trouvons deux femmes de trente ans, dans le travail de Federico FERRARIS ; un homme de vingt-quatre ans, chez NOBLE ; un homme de cinquante ans, chez WALKEN ; enfin, dans l'article de BOOHER et PACK, cinq observations sont rapportées :

- 1 malade était âgé de trente-huit ans ;
- un autre de soixante ans ;
- 3 autres de soixante et un ans ;

ce qui fait une moyenne d'âge de quarante-six ans.

Nous retiendrons donc que la moyenne est de cinquante ans.

Sur les 15 observations retenues, nous observons 10 hommes et 5 femmes.

La localisation particulière de cette curieuse maladie mérite une attention spéciale.

Il semble, en effet, que le mélanome subunguéal ne siège pas sous l'ongle de n'importe quel doigt. Le Docteur DUPERRAT a trouvé, sur 6 cas, 3 mélanomes du pouce, 2 du quatrième doigt et 1 du gros orteil.

FERRARIS rapporte un cas de l'ongle du pouce et un cas de l'ongle du gros orteil.

NOBLE cite un cas du cinquième doigt de la main gauche, et WALKEN un cas du pouce gauche.

Enfin, nous avons relevé, dans l'article de BOOHER et PACK :

- 1 mélanome du troisième orteil ;
- 3 mélanomes du pouce ;
- 1 mélanome du gros orteil.

Sur 15 observations, nous avons donc :

- 8 mélanomes du pouce ;
- 2 mélanomes du quatrième doigt ;
- 1 mélanome du cinquième doigt ;
- 3 mélanomes du gros orteil ;
- 1 mélanome du troisième orteil.

Il apparaît donc clairement que le mélanome subunguéal est bien plus fréquent à la main qu'au pied et atteint surtout pouce et gros orteil. C'est, d'ailleurs, ce que disent les auteurs qui se sont préoccupés de la question.

ALLEN et SPITZ SOPHIE, dans une étude sur un groupe de 151 cas de mélanome siégeant sur les pieds et les mains, trouvent 13 mélanomes subunguéaux, sur un total de 29 cas de mélanome des mains et 16 mélanomes subunguéaux, sur 122 cas de mélanome des pieds.

MEYER et GUMPORT affirment que le mélanome sous-unguéal est deux fois plus fréquent sous l'ongle des doigts que sous l'ongle de l'orteil, et WRIGHT, CLARCK et MILNE apportent 2 mélanomes sous-unguéaux, sur 54 mélanomes siégeant sur les pieds, les opposant à 6 mélanomes sous-unguéaux, sur un total de 8 mélanomes des mains.

AFFLECK a étudié 6 cas de mélanome siégeant sous ou autour du gros orteil et 3 cas de mélanome siégeant sous l'ongle du pouce.

Dans une série, WOMACK observait, lui, que dans à peu près la moitié des cas rapportés, le mélanome siégeait sous l'ongle du pouce. Un rôle, enfin, est peut-être joué par un traumatisme révélateur ou déclenchant.

Deux observations, à cet égard, sont significatives :

- L'une de GIGNAUX qui rapporte le cas d'une femme qui, après un traumatisme, présenta un hématome sous-unguéal du pouce droit nécessitant l'ablation de l'ongle. Peu après, apparut une plaie bourgeonnante du lit de l'ongle qui persista quatre mois. On fit le diagnostic de nævus mélanique à ce moment là.
- L'autre, de ADAIR et PACK qui étudient le cas d'un homme de soixante-deux ans qui avait reçu un coup de marteau sur la partie latérale du pouce et qui, peu de temps après, remarqua l'existence d'un anneau noir autour de l'ongle. Progressivement apparut une sorte de chou-fleur noir et saignant : c'était un mélanome.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Le panaris mélanique se présente, trop souvent, à la période d'état, c'est un fait désolant, mais c'est la réalité, nous allons donc le décrire tel que, maintes fois, il arrive au chirurgien :

Sur un doigt, plus souvent que sur un orteil.

Sur le pouce, plus souvent que sur les autres doigts, l'ongle est tombé et il est remplacé par une ulcération bourgeonnante, sanieuse, croûteuse, qui nécessite un pansement de propreté.

Si, au lieu de jeter le pansement, on songeait à l'inspecter, on verrait que les compresses sont imprégnées d'une sorte de jus de tabac, hautement caractéristique.

Après avoir détergé l'ulcération, l'on s'aperçoit que la coloration est très variable, certains mélanomes sont noirs comme du goudron, d'autres, au contraire, sont moins foncés et, parfois même, le tissu tumoral pourrait simuler une pyodermite végétante, d'où l'intérêt de l'examen minutieux et de la recherche de petites punctuations grisâtres.

Il faut surtout examiner la périphérie de la lésion et la peau qui entoure le panaris, il existe, en effet, le plus souvent, des petites punctuations grisâtres, un liseré périphérique continu ou non, parfois (*obs. n° 9* de DUPERRAT) le bout du doigt à distance de l'ongle est le siège d'une petite tache ardoisée.

Rien de nouveau sous le soleil, HUTCHINSON l'avait parfaitement vu, il a même écrit « l'œil de la foi » est parfois nécessaire pour reconnaître le liseré noir étroit qui borde la partie inflammatoire. A ce moment, il convient d'explorer avec soin les différents relais ganglionnaires. Nous y reviendrons.

* *

En réalité, pour qui s'intéresse à la pathologie mélanique, il est possible de voir le début du mélanome.

Ce début est assez polymorphe :

- 1° Dans le cas le plus typique, comme la magnifique observation de NOBLE, c'est l'apparition d'une fine strie brune, rigoureusement droite, occupant l'ongle dans toute sa longueur, qui attire l'attention.

Quand on examine cette strie avec soin et que l'on repousse un peu le repli cutané de la lunule, on trouve, parfois, par transparence, le petit mélanome de la matrice, à peine de la taille d'une épingle.

Il est probable, qu'à cette époque, le mélanome est encore limité et peut-être même bénin, et qu'une prompte dissection pourrait sauver le malade.

- 2° Mais, parfois, le malade est vu un peu plus tard et il existe déjà un éclatement fissuraire de l'ongle, le fond de la fissure est occupé par un tissu de granulation, à ce moment le panaris est certainement déjà malin et la désarticulation paraît inévitable.
 - 3° Plus rares sont les cas où le mélanome a fait son éclosion soit dans une rainure latérale, soit dans le sillon sous-unguéal. Dans ces cas, l'erreur de diagnostic est inévitable avec la périonyxis suppurée et avec les botryomycomes et les verrues sous-unguéales.
-

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'observation de NOBLE, déjà citée, présente un intérêt fondamental, car elle montre, à l'évidence, un nævus mélanique de jonction dans la matrice unguéale.

Plus tard, le mélanome malin se développe de la façon habituelle, sans présenter une formule histologique particulière.

Tous les intermédiaires se voient entre les types réellement pigmentés, les types peu pigmentés et même les types achromiques, c'est dire, dans ces cas, l'intérêt des colorations classiques :

- argentation ;
- acide osmique ;
- D.O.P.A.

Mais, répétons-le, l'autonomie du panaris mélanique est clinique, elle n'est pas histologique.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

A la période d'état, le diagnostic saute aux yeux. Les erreurs seraient trop grossières, telles que :

- pyodermite végétante ;
- botryomycome ;
- panaris traînant.

Au début, c'est le diagnostic très difficile d'une strie unguéale verticale.

Si un seul ongle est porteur d'une telle strie, il est facile de penser au mélanome. Mais, parfois, les malades présentent plusieurs stries sur un même ongle ou même plusieurs stries sur plusieurs ongles.

Ce problème a été étudié par DUPERRAT, à la *Société de Dermatologie*, le 12 février 1953, sous le nom de « nigrilie unguéale en bandes verticales ».

Dans son traité, PARDO-COSTELLO a rapporté plusieurs cas semblables. Leur origine est inconnue, on a incriminé le syndrome de Raynaud, le diabète, l'insuffisance surrénale.

Chose curieuse, il existe au Japon de nombreux cas semblables (facteur racial).

Tout ce que l'on sait, c'est que ces sujets ne présentent jamais de lésions tumorales de la matrice.

Un autre diagnostic qui peut se poser est l'*hématome sous-unguéal*.

Après son article de 1947, Monsieur DUPERRAT a reçu la visite de plusieurs médecins venant lui montrer une tache noire sous-unguéale apparue sans notion nette de traumatisme.

Il est certain que le diagnostic peut être difficile, mais si l'on a un peu de patience, on s'aperçoit que l'hématome se déplace et s'élimine en même temps que la croissance normale de l'ongle. Malgré cela, deux confrères ont exigé la désarticulation. Celle-ci était inutile.

À propos des *hématomes sous-unguéaux*, rappelons qu'il s'agit d'un des problèmes les plus délaissés de la pathologie et rappelons, également, que l'on en trouve dans :

- la trichinose ;
 - les rickettsioses ;
 - et surtout l'arsenicisme professionnel.
-

CHAPITRE VIII

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Si l'on a la chance de voir le malade, comme dans le cas de NOBLE, on pourrait se contenter, peut-être, de la simple ablation de l'ongle et de la matrice, avec contrôle histologique, et assister à une évolution favorable.

En fait, il faut presque toujours procéder à la désarticulation, trop souvent celle-ci n'a pas mis à l'abri de métastases ganglionnaires.

Longtemps, on a cru que ces métastases sautaient le relais épitrochléen pour aller d'emblée dans l'aisselle. En fait, il n'en est rien et, dans une observation, nous avons vu la prise du ganglion épitrochléen.

Notre conviction est faite :

Qu'un seul ganglion soit pris : le malade est perdu. La généralisation se fait, comme dans tous les mélanomes, tantôt pulmonaire, tantôt hépatique, assez souvent cérébrale.

La durée totale de l'évolution varie de six mois à six ans.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Afin que le traitement du mélanome subunguéal soit efficace, il est indispensable que le diagnostic soit fait précocement. Ceci est vrai pour tous les cancers et plus particulièrement pour cette variété de tumeur maligne.

En effet, tant que la lésion est localisée au bout du doigt les chances de survie restent appréciables si on traite vite et bien le malade atteint de cette redoutable forme de cancer.

Le seul traitement du mélanome subunguéal, à son extrême début, est la désarticulation de la phalange distale et il est bien évident qu'un malade, qui vient consulter pour l'apparition d'une fine strie brune occupant l'ongle, sera très surpris si, d'emblée, on lui propose la désarticulation de la dernière phalange d'un pouce par exemple et il y a malheureusement beaucoup de chance pour qu'on ne le revoie pas.

Le plus souvent, d'ailleurs, les malades se présentent à la période d'état. A ce stade, la lésion est ulcérée, bourgeonnante : il faut désarticuler le doigt et faire systématiquement le curage des ganglions épitrochléens et axillaires pour le doigt, des ganglions inguinaux pour le pied, même si les ganglions ne sont pas cliniquement atteints par le cancer mélanique.

Dans les cas désespérés, où non seulement il y a des métastases ganglionnaires, mais encore des tumeurs filles perceptibles sur le membre, loin de la tumeur sous-unguéale, il faut proposer alors la désarticulation du membre.

Les résultats lointains du traitement ne sont pas toujours favorables et les guérisons ne se voient que dans les mélanomes subunguéaux opérés à leur extrême début.

L'étude faite par A.C. ALLEN et SPITZ SOPHIE (1953) sur 13 mélanomes subunguéaux des doigts et 16 des orteils, donne les résultats suivants. Des 13 patients atteints de mélanome subunguéal des doigts :

- 6 subirent une désarticulation du doigt avec curage ganglionnaire axillaire ;
- 1 autre eut une désarticulation inter-scapulo-thoracique.

Tous moururent du mélanome entre dix-huit et trente-six mois. Quant aux 6 derniers, dont l'état n'avait nécessité qu'une désarticulation de la deuxième phalange :

- 3 avaient été perdus de vue ;
- 2 étaient vivants quatre-vingts et quatre-vingt-cinq mois après l'intervention ;
- 1 mourut d'une attaque cardiaque, sans aucun mélanome apparent, cinquante mois après l'amputation.

Deux des 13 patients étaient vivants (15,4 %) au moment de la publication de l'article.

Enfin, sur 16 patients atteints de mélanome subunguéal des pieds, 4 (25 %) eurent plus de cinq ans de survie.

Ainsi donc, sur un total de 29 cas (13 + 16), on obtient 20 % de survie au delà de cinq ans.

Dans certains cas, la radiothérapie des métastases et des récives locales a été pratiquée, pouvant amener des survies inespérées. C'est pourquoi cette méthode de traitement doit être signalée.

Reste la question de la chimiothérapie.

Parmi les différents corps qui ont été employés, le THIO-THÉPA semble avoir été utilisé à plusieurs reprises. Les résultats sont loin d'être constants car il semble qu'on doive parler beaucoup plus de rémission que de guérison vraie.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons repris l'étude du panaris mélanique à la faveur de 6 observations personnelles, dont 3 inédites.

Nous avons comparé ces observations avec 9 autres de la littérature récente.

II. — Il semble que le panaris mélanique résulte de l'éclosion d'un nævus mélanique de la matrice unguéale.

III. — Ce nævus mélanique tardif évolue, presque toujours, vers la malignité.

Il est très difficile de savoir, au départ, s'il s'agit d'un nævus tardif bénin ou d'un nævus tardif malin d'emblée.

Dans l'impossibilité de trancher, la prudence conseille d'agir comme si ce nævus tardif étaient toujours malin d'emblée.

IV. — C'est dire que le mélanome de la matrice unguéale présente un caractère très particulier qui lui confère une sorte d'autonomie.

L'âge moyen d'apparition est de cinquante ans.

Il est bien plus fréquent aux doigts qu'aux orteils (environ trois fois plus fréquent).

Il atteint surtout le pouce et le gros orteil (11 fois sur 15 cas).

V. — Cliniquement, la lésion est trop souvent examinée à une période tardive, lorsque l'ongle est tombé, découvrant une plaie sanieuse et bourgeonnante. La coloration de cette plaie peut être noire. Elle peut être mouchée, elle peut même être rose.

En réalité, l'intérêt est de faire un diagnostic précoce, alors qu'il n'existe qu'une tache brunâtre ou noirâtre de la lunule unguéale, tache qui, le plus souvent, se prolonge par une strie verticale rectiligne.

VI. — Il serait peut-être possible, à ce stade précoce, de se contenter d'une simple dissection du nævus sous-unguéal, avec examen extemporané à l'ultrapack.

VII. — Mais, dans la plupart des cas, le panaris mélanique est vu trop tard et il faut recourir à la désarticulation du doigt, avec curage ganglionnaire.

VIII. — Contrairement à ce que l'on a cru longtemps, les ganglions épitrochléens peuvent être pris et le curage ganglionnaire comporte une étape épitrochléenne et une étape axillaire.

IX. — Malgré la minutie de ces dissections, le pronostic lointain est trop souvent fatal.

Dans la statistique de ALLEN et SPITZ, sur 13 mélanomes sub-unguéaux des doigts, 2 des 13 patients étaient vivants au moment de la publication de l'article.

Sur les 3 cas nouveaux que nous apportons, 2 sont morts de métastases (une métastase cérébrale, une hépatique) et un seul était bien portant trois ans après.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
PATEL

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ADAIR (Franck) et PACK. — *Surgery*, 1939, n° 5, pp. 47-72.
- ADAIR (Franck) et PACK (George T.). — Mélanomes sous-unguéaux et leurs diagnostics différentiels. (*Bull. pour l'Etude du Cancer*, 1930, 19, 549.)
- AFFLECK (Dean Howard). — *Am. J. Cancer*, 1936, 27, 120.
- ALLEN (A.C.) and SPITZ SOPHIE. — Malignant melanoma (a clinico pathological analysis of the criteria for diagnosis and prognosis). (*Cancer*, 1953, 6, 1-46.)
- ANNENDALE. — The malformations diseases and injuries of the fingers and their surgical treatment. (Edinburgh, 1865, p. 167.)
- BAUER (J.T.). — Malignant melanotic tumors in the negro. (*Arch. Path.*, 1927, 3, 151.)
- BECKER (William). — Malignant melanoma. (*Internat. Ch.*, 1936, 3, 1.)
- BEKS (J.W.). — Subunguale maligne melanomen, ten onrechte beschouwd als vaatgezwellen. (*Nederlands Tydschrift voor Geneeskunde*, 25 avril 1959, 103, 17, pp. 921-924.)
- BONNET (L.). — Tumeur mélanique du gros orteil. (*Lyon Méd.*, 1911, 117, 366.)
- BOOHER (R.J.), PACK (G.T.). — Malignant melanoma of the feet and hands. (*Surgery*, Saint-Louis, décembre 1957, 42 (6), pp. 1085-1121.)
- BOYER. — Fongus hématoïde du petit doigt. (*Gaz. Paris*, 1834, 212.)
- BUTTERWORTH et KLAUDERS (Joseph V.). — Malignant melanomas arising in mols. Report of fifty cases. (*J.A.M.A.*, 1934, 102, 739.)
- CHAUVENET et DUBREUIL. — A propos de mélanome périonyxique du petit orteil. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1927, 53, 143.)
- COLLY (William B.). — Discussion of paper by Galloway. (*Brit. M.J.*, 1931, 34, 225.)
- DAWSON (J.W.). — Melanomata; their morphology and histology. Study of cell origin and transformation with a critical discussion on aspects of tumour growth and a clinical review. (*Edinburgh M.J.*, 1925, 32, 510.)

- DERMAGNAY et MONOD. — Cancer mélanique du pouce et de l'aisselle. (*Gaz. Hôp.*, 1855, p. 415.)
- DICKSON (J.A.) et JARMAN (T.F.). — Subungual melanoma in negroes. (*An. Surg.*, 1932, 95, 470.)
- DUBREUIL (M.W.). — Carcinome mélanique unguéal. (*Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, 1914, p. 399.)
- DULIN (J.W.). — Melanomas and melanosarcomas. (*J. Iowa M. Soc.*, 1935, 25, 497.)
- DUPERRAT et CINTRACT. — Panaris mélanique. (*Annales de Dermatologie*, 1947, 7, n° 5.)
- DUPERRAT. — Précis de dermatologie. (Paris, Masson édit., 1959, pp. 802-803.)
- EISENBLAM (D.). — Ueber subunguale tumoren. (*Wien. Klin. W.*, 1931, 44, 1192.)
- ENGMAN (M.F.) et MOOK (W.H.). — Melanotic whitlow. (*Arch. Derm. and Syph.*, 1931, 23.)
- EVANS (William A.) et LEUCUTIA (T.). — Treatment of melanotic tumors of the skin pigmented moles and malignant melanoms. (*Am. J. Roentgenol.*, 1931, 26, 236.)
- EWING (James). — Neoplastic diseases. (Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1928.)
- FAGUET (Charles). — Du cancer mélanique des doigts. (*Arch. Clin. de Bordeaux*, 1894, 18, 448.)
- FARRELL (H.J.). — Cutaneous melanomas. (*Arch. of Derm. and Syph.*, 1932, 26, 110.)
- FERRARIS (F.). — Sul melanoma maligno del letto ungueale dell'alluce e del pollice. (*Archivio per la Scienze Mediche*, Torino, août 1953, 96, 2, pp. 203-211.)
- GIBSON (S.H.), MONTGOMERY (H.), WOOLNER (L.B.), BRUNSTING (L.A.). — Melanotic whitlow (subungual melanoma). (*Journal of Investigative Dermatology*, Baltimore, Surg., 57, 29 (2), pp. 119-129.)
- GIGNAUX (M.). — Nævocarcinome du pouce consécutif à un traumatisme. (*Ann. de Méd. Lég.*, 1936, 16, 596.)
- HALLE. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1883, 58, 436.
- HANDLEY (W.S.). — Recurrent melanotic sarcoma. (*Tr. M. Soc.*, London, 1923, 47, 17-18.)
- HELLER (E.). — Zur K. der fibrome und Sarkome des Hand und Finger. (*Inaugural Dissertation*, Leipzig, 1902.)
- HELLER (Julius). — Die Krankheiten der Nagel. (*Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, Berlin, Julius Springer, 1927, part. 2, p. 13.)

- HERTZLER (A.E.). — Melanotic whitlow. (*Arch. of Derm. and Syph.*, 1922, 6, 701.)
- HEWER (T.F.). — Malignant melanoma in couloured races; the role of trauma in its causation. (*F. Path. and Bac.*, 1935, 41, 471.)
- HOWSE (C.B.). — Case of melanotic sarcoma of the right great toe. (*London Hosp. Gaz. Clin. Supp.*, 1897, 4, 9.)
- HUTCHINSON (Jonathan). — Melanotic whitlow. (*Brit. M.J.*, 1886, 491.)
- JAFFE (R.H.). — Malignant tumors of the nail bed. (*Surg., Gyn. and Obst.*, 1930, 50, 847.)
- JONES (T.B.). — Melanoma of the nail bed. (*Ann. Surg.*, 1924, 80, 839.)
- KRASKE. — Subunguales melanomas des linken. (*Mittelfingers Central B. Chirurg.*, 1880, 7, 605.)
- LEDIARD (H.A.). — Melanotic sarcoma growing from the edge of the nail of the index finger. (*Tr. Path. Soc.*, London, 1888, 39, 307.)
- MATRAS (A.). — Ein Beitrag zur Klinik und Therap. der Melanoma des Fusses. (*Wien. Klin. W.*, 1932, 45, 1038.)
- MEYER (H.W.) and GUMPORT (S.L.). — Malignant melanoma (appraisal of the disease and analysis of 105 cases. (*Ann. Surg.*, 1953, 138, 643-658.)
- MONTGOMERY (D.W.). — A pigmented strip in the thumb nail. (*J. Cutan. Dis.*, 1917, 35, 99.)
- MURPHY (J.B.). — Subungual melanoma murphy's. (*Clinics*, 1915, 14, 6663.)
- NARDI et DUPERRAT. — Panaris mélanique. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 14 février 1951, 77, p. 210.)
- NIEBERG (Carl). — Zur Statist. der melanotischen Geschwulste. (*Dissertation*, Wurzburg, 1882, p. 27.)
- NOBLE (John F., M.D.), FERRIN (Allen, M.D.), MERANDINO (K.A., M.D.). — Pigmented nevus of the finger nail matrix. (*Archives of Dermatology and Syphilology*, 1952, 65, 49-52.)
- OCHS (B.F.). — Pigmentation of the nails. (*J. Cutan. Dis.*, 1914, 32, 238.)
- OLIVER (E.A.) and BLUE FARB (S.M.). — Nævus striatus symmetricans unguis. (*Arch. Dermat. and Syphil.*, 1944, 49, 190.)
- OPPENHEIM (M.) and COHEN (D.). — Nævus striatus symmetricus of the thumbs. (*Arch. Dermat. and Syphil.*, 1942, 253.)
- PARDO-COSTELLO (V.). — Diseases of the nail. (Springfield, Ill., Charles C. Thomas Publ., 1936.)
- PARDO-COSTELLO et OSVALDO PARDO. — Diseases of the nails, 1960, pp. 83-84.

- QUIENSEL (K.). — Das primäre Melanomastom und andere Tumoren des Nagelbettes. (*Inaugural Dissertation*, Leipzig, 1927.)
- ROKOCH (Carl). — Über die chir. Affektionen d. Nagelgliedes mit besondere Berücksichtigung d. geschwulstbildenden Prozesse. (*Dissert.*, Bonn, 1889.)
- SCHOPPER (W.). — Ueber die Entstehung malign. Melano. Tumor. des Nagelbettes auf traumat. Grundlage. (*Central. f. All. Path. u. Path. Anat.*, 1930, 49, 192.)
- SCHREINE (Bernard F.) et WEHR (William H.). — Primary malignant tumors of the foot. (*Radiology*, 1933, 21, 513.)
- SCHWORER (R.). — Ueber Subunguale Sarkome. (*Inaugural Dissertation*, Freiburg, 1887.)
- SPECHT (K.). — Ueber das primäre subunguale Melanoblast. (*Deutsche Ztschr. f. Chir.*, 1927, 202, 390.)
- STEIN (Robert Otto). — Die Tumoren der Nagel, in Artz und Zieler). (*Die Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1934, 3, 398.)
- TEMPLETON (H.J.). — Pigmented strip in the thumb nail. (*Arch. Dermat. and Syph.*, 1926, 14, 533.)
- TRIMBLE (W.B.). — Sarcome of the thumb. Report of two cases. (*Ann. Med.*, 1903, 5, 788.)
- WALKEN ALLEN (E.) and STEWART (John). — Subungual pigmented nævus. (*Arch. of Dermat. and Syph.*, 1955, 71, p. 421.)
- VOLKMAN (Rudolf). — Zwei melanotisch subunguale Sarkome. (*Zbl. f. Chir.*, 1880, 8, 611.)
- WOMACK (N.A.). — Subungual melanoma. Hutchinson's melanotic whitlow. (*Arch. Surg.*, 1927, 15, pp. 667-676.)
- WRIGHT (R.B.), CLARCK (D.H.) and MILNE (J.A.). — Malignant cutaneous melanoma a review. (*Brit. Surg.*, 1953, 40, pp. 360-368.)

